

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



VALOR PREDICTIVO DE LA ESCALA FULLPIERS PARA
DETERMINAR MORTALIDAD EN PACIENTES CON
PREECLAMPSIA SEVERA EN EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS
GUARDIA DE HUARAZ – ANCASH. DURANTE ENERO –
DICIEMBRE 2014

AUTOR:

AQUINO FABIAN Lizert Florencio

ASESOR:

Dr. HUMBERTO HASHIMOTO PACHECO

TRUJILLO – PERÚ

2015

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Walter Olortegui Acosta
PRESIDENTE

Dr. Luis Castañeda Cuba
SECRETARIO

Dr. Jose Chaman Castillo
VOCAL

Dr. Humberto Hashimoto Pacheco
ASESOR

DEDICATORIA.

La presente tesis de investigación lo dedico a Dios por darme la vida y a mis padres, quienes siempre están presentes en mi pensamiento.

AGRADECIMIENTO.

A la universidad **Privada Antenor Orrego** por ser mi alma mater, quien me brindo los conocimiento y capacidades de mi área

Al Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz por brindarme el apoyo en realización de mi investigación.

A mi asesor Dr. Humberto Hashimoto Pacheco por su apoyo incondicional en la ejecución de este trabajo de investigación.

A todos mis docentes quienes contribuyeron con su alta preparación en mi formación profesional.

A mis padres quienes me apoyaron en la culminación de mi carrera profesional.

A las personas quienes me apoyaron incondicionalmente en la ejecución y aprobación de este trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el valor predictivo de la escala de Fullpiers de para determinar mortalidad en pacientes con preeclampsia severa en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash en el periodo Enero a Diciembre del 2014. **Material y método:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes gestantes con preeclampsia atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero – Diciembre 2014, de estas 37 cumplen con los criterios de selección, las cuales constituirán en su 100% la muestra. El modelo fullPIERS es preciso como una prueba que se rige dentro para el resultado maternal adverso, con una proporción de probabilidad de 14.8 (CI 9.1-24.1 de 95 %) o 17.5 (CI 11.7-26.3 de 95 %) basó en 6 y datos de 24 horas, respectivamente, para las para mujeres identificadas para estar en riesgo más alto (la probabilidad prevista = 30%). **Resultados:** Observamos que de 37 pacientes, el 76% de pacientes de acuerdo a los criterios de la escala fullpiers presentó un alto riesgo de mortalidad y el 24% de pacientes de acuerdo a los criterios de la escala fullpiers presentó un bajo riesgo de mortalidad. La razón de mortalidad por preeclampsia severa en el presente trabajo durante el año 2014 fue un 13,5% (5 pacientes); el 64,9% de pacientes uso el servicio de UCI, el 10,8% de pacientes uso el servicio de Unidad de Trauma Shock y el 10,8% de pacientes uso el servicio de hospitalización de alto riesgo obstetrico. **Conclusiones:** Que la preeclamsia severa es un síndrome que tiene una tasa alta mortalidad. La escala fullPIERS es una herramienta que nos permite predecir la severidad de la preeclampsia severa y por ende la mortalidad, identificando y favoreciendo el manejo oportuno de este tipo de pacientes con el síndrome de preeclampsia severa, para evitar la mortalidad.

Palabra clave: Preeclampsia, escala de fullPIERS, mortalidad

ABSTRACT

Objective: Determining the predictive value of you climb them to for to determine mortality in patients with harsh preeclampsia in the Hospital Víctor Ramos Guardia of Huaraz - Ancash in the period January to December of 2014. **Material and method:** Gestantes with preeclampsia taken care of in Huaraz Ancash's Hospital Víctor Ramos Guardia during the period checked the case histories of patients January – December 2014, of these 37 fulfill the criteria of selection, which will constitute in their 100 % the sample -. The model is fullPIERS precise like a proof that is governed inside for the maternal adverse result, with a proportion of probability of 14,8 (CI 11.7-26.3 of 95 %) or (that based 17,5 on 6 and 24-hour data, respectively, for stops them women identified to be at risk higher the foreseen probability **30 %** (CI 9.1-24.1 of 95 %). **Results:** We observed than of 37 patients, 76 % of patients according to the criteria of the scale fullpiers a high risk of mortality and 24 % of patients according to the criteria of the scale presented a low risk of mortality showed fullpiers. The mortality ratio for preeclampsia severe in the present interim work a 13.5 % was 2014 (5 patients); 64.9 % of patients I use the service of UCI, the 10.8 % of patients I use Unidad's service of Trauma Shock and the 10.8 % of patients I use the service of hospitalization of high obstetric risk. **Findings:** That the severe preeclampsia is a syndrome that has a high rate mortality. The scale a tool that you allow us to predict the severity of the harsh preeclampsia and the mortality is fullPIERS, identifying and favoring the opportune handling of this type of patients with the syndrome of harsh preeclampsia, in order to avoid mortality.

Key word: Preeclampsia, you climb of fullPIERS, mortality

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
I. INTRODUCCIÓN	07
II. OBJETIVO	12
III. MATERIAL Y MÉTODOS	13
IV. RESULTADO	23
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

I. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal en el mundo, ya que es responsable de al menos 50 000 muertes maternas anuales. En Latinoamérica, constituye la principal causa de muerte materna. ⁽¹⁾

La estandarización en el manejo médico y la utilización de guías de práctica clínica se asocian con la reducción en el resultado materno adverso en pacientes con preeclampsia. Se estableció una secuencia estandarizada para la guía de práctica clínica a partir de preguntas sobre diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. ⁽²⁾

El manejo médico es efectivo en la reducción de la mortalidad materna y está fundamentado en una vigilancia prenatal cuidadosa, así como en el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

La evidencia científica sugiere que el tratamiento estandarizado de la hipertensión arterial severa, la profilaxis de las convulsiones con sulfato de magnesio y la participación de profesionales de la salud con experiencia en el manejo de este síndrome, pueden mejorar el resultado materno y perinatal.

El único tratamiento curativo y definitivo consiste en la interrupción oportuna del embarazo para extraer la placenta. ⁽³⁾

Según los datos de la OMS. “Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo; en particular, la preeclampsia ocasiona 50 000 muertes maternas al año. Una mujer muere cada siete minutos por preeclampsia”. ⁽⁴⁾

La preeclampsia es un padecimiento multisistémico heterogéneo en el que la presentación clínica puede ser insidiosa o fulminante. ⁽⁵⁾

Cuando se presenta antes de las 32 semanas, tiende a ser más agresiva, pues se asocia con una mortalidad materna 20 veces mayor, en comparación con la que se presenta al término de la gestación (≥ 37 semanas). ⁽⁶⁾

A pesar de los avances de la medicina, la frecuencia de este padecimiento no se ha modificado y el tratamiento ha cambiado muy poco desde hace 100 años. Actualmente, debido a que la causa de la preeclampsia es desconocida, el tratamiento médico es empírico y solo tiene por objeto prevenir o tratar las complicaciones; además, la evidencia de que este manejo altere la fisiopatología subyacente es insuficiente. ⁽⁷⁾

Asimismo, al ser un síndrome multisistémico, requiere un manejo multidisciplinario, por lo que es importante hacer énfasis en que el manejo fundamental de este síndrome involucra el control prenatal cuidadoso, el diagnóstico temprano y el manejo médico adecuado con interrupción oportuna de la gestación. Sin embargo, su manejo adecuado es efectivo para reducir la mortalidad materna y está fundamentado en una vigilancia prenatal cuidadosa, el diagnóstico y el tratamiento oportunos. ⁽⁸⁾

De acuerdo con evidencia científica, el resultado materno y perinatal puede mejorar por medio del tratamiento de la hipertensión arterial severa, de la profilaxis de las convulsiones con sulfato de magnesio y de la participación de profesionales de la salud con experiencia en el manejo de este síndrome. No obstante, la interrupción oportuna del embarazo para extraer la placenta es el único tratamiento curativo y definitivo. ⁽⁹⁾

De igual forma, en una revisión reciente se comentó que la vigilancia de la preeclampsia también se asocia con una disminución del riesgo materno. Por tanto, es importante la referencia oportuna del primer nivel de atención al segundo o tercer nivel para el tratamiento definitivo. ⁽¹⁰⁾

Se ha descrito que la estandarización en el manejo de los servicios de salud y la utilización de guías de práctica clínica está asociada con la reducción en el resultado materno y perinatal adverso en todas las disciplinas y condiciones médicas; las pacientes con preeclampsia severa no son la excepción.

El modelo fullPIERS fue desarrollado e internamente validado en un estudio prospectivo del multicentro, de mujeres que en una investigación de preeclampsia, y quien fue admitido a los centros obstétricos terciarios académicos participantes en Canadá, Nueva Zelanda, Australia, y el Reino Unido.

Todos los centros tuvieron una política general de gerencia expectante remota de término para maximizar exposición temporal para la historia natural del desorden. ⁽¹¹⁾

DADELSZEN P. Realizaron un estudio sobre la predicción de resultados maternos adversos en la preeclampsia severa : El desarrollo y la validación del modelo fullPIERS. De 261 en 2023 mujeres con preeclampsia tuvieron resultados adversos en cualquier momento después de admisión al hospital.

Los pronosticadores de resultados maternos adversos incluyeron saturación de oxígeno, edad gestacional, dolor en el pecho o disnea, recuento de plaquetas, y creatinina y concentraciones de aspartato transaminasa.

El modelo fullPIERS modela resultados maternos adversos previstos dentro de 48 h de elegibilidad de estudio (AUC ROC CI 0.84-0.92 0.88, de 95 %). No hubo criterios fullPIERS significativos de sobre-adaptación realizados bien (AUC ROC > 0.7) hasta 7 días después de la elegibilidad. ⁽¹²⁾

Payne B. En su estudio La función del modelo fullPIERS es predecir resultados maternos adversos en la preeclampsia usando datos pacientes del cohorte DE MUELLES (la Preeclampsia Integró Estimación de Riesgo). El modelo fullPIERS (la Preeclampsia Integró Estimación de Riesgo) es una herramienta alentadora para la predicción de resultados adversos en la preeclampsia, desarrollada usando los peores valores para las variables predictivas medidas en un plazo de 48 horas de admisión.

Reconsideramos la función del modelo fullPIERS usando variables predictivas obtenidas dentro de 6 y 24 horas de admisión, y encontrado que la habilidad de estratificación de capacidad, de calibración, y la exactitud de clasificación del modelo permaneció alta.

El modelo fullPIERS es preciso como una prueba que se rige adentro para el resultado materno adverso, con una proporción de probabilidad de 14.8 (CI 9.1-24.1 de 95 %) o 17.5 (CI 11.7-26.3 de 95 %) basó en 6 y datos de 24 horas, respectivamente, para las para mujeres identificadas para estar en riesgo más alto (la probabilidad prevista = 30%). ⁽¹³⁾

Von D. De la universidad de Britania en su estudio *El Modelo de FullPIERS Predice preeclampsia y acontecimientos adversos*, Los investigadores se encontraron con que 261 de 2,023 mujeres con preeclampsia tuvieron resultados adversos en cualquier momento después de admisión al hospital, incluyendo 106 en un plazo de 48 horas de admisión. Los investigadores también se encontraron con que la edad gestacional, el dolor en el pecho o la disnea, la saturación de oxígeno, el recuento de plaquetas, y la creatinina y las concentraciones de aspartato transaminasa fueron pronosticadores de resultados maternos adversos. Los fullPIERS modelan resultados maternos adversos previstos en un plazo de 48 horas de elegibilidad de estudio, con el modelo desenvolviéndose hasta siete días después de la elegibilidad. " El modelo fullPIERS identifica mujeres en el riesgo aumentado de resultados adversos hasta siete complicaciones de días antes se levantan y por consiguiente pueden modificar cuidados directos del paciente (e.g., Cronometrando de entrega, lugar de cautela), mejore el diseño de ensayos clínicos, y dé a saber investigaciones biomédicas relatadas para la preeclampsia, " los autores escriben. ⁽¹⁴⁾

Dada la amplitud de este tema, esta investigación será realizada exclusivamente en pacientes gestantes con preeclampsia severa sometidos al modelo de FULLPIERS que presenten factores de riesgo en el embarazo, los cuales se les hayan presentado riesgo de mortalidad en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash. El estudio se realizará en pacientes gestantes a quienes se les ha diagnosticado preeclampsia severa y se encuentran con alto riesgo de mortalidad, durante el periodo Enero - Diciembre 2014. Esta investigación se enfocara en aquellos factores como: edad gestacional, dolor torácico o disnea, saturación de oxígeno, recuento de plaquetas, enzimas hepáticas y valor de la creatinina, que provoquen y por ende estén relacionados con riesgos de mortalidad asociados a la preeclampsia severa.

El estudio es viable debido a que se cuenta con información adecuada para la investigación.

El presente trabajo nos permitirá determinar si los factores como edad gestacional, dolor torácico o disnea, saturación de oxígeno, recuento de plaquetas, enzimas hepáticas y valor de la creatinina, y así poder vigilar la incidencia de esta enfermedad, y de esta manera identificar aquellos pacientes con mayor riesgo y prevenir aquellas complicaciones que produce la preeclampsia severa que hoy en día son unas de las causas muerte infantil y materna.

Esta investigación podría ser el inicio para un mejor manejo del modelo FULLPIERS para la identificación precoz de severidad y el manejo oportuno de la preeclampsia severa y así pues al reducir su incidencia de mortalidad materna y se lograra una mejor atención a los pacientes y obviamente una mejora en la calidad de vida de estas personas.

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el valor predictivo de la escala de FULLPIERS para determinar mortalidad en pacientes con preeclampsia severa en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash en el periodo Enero a Diciembre del 2014?

1.2. HIPÓTESIS

Hi: El valor predictivo de las escala de FULLPIERS para determinar mortalidad en pacientes con preeclampsia severa es significativo si es mayor o igual a 4 criterios, en pacientes del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash en el periodo Enero a Diciembre del 2014.

II. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Determinar el valor predictivo de la escala Fullpiers para determinar mortalidad en pacientes con preeclampsia severa en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash en el periodo Enero a Diciembre del 2014.

2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar si la edad gestacional es un factor de riesgo para determinar mortalidad, relacionado a las gestantes con preeclampsia severa.
- Conocer si el dolor torácico o disnea es un factor de riesgo para determinar mortalidad, relacionado a las gestantes con preeclampsia severa.
- Establecer si la saturación de oxígeno es un factor de riesgo para determinar mortalidad, relacionado a las gestantes con preeclampsia severa.
- Establecer si el recuento de plaquetas es un factor de riesgo para determinar mortalidad, relacionado a las gestantes con preeclampsia severa.
- Identificar si las enzimas hepáticas es un factor de riesgo para determinar mortalidad, relacionado a las gestantes con preeclampsia severa.
- Conocer si el valor de la creatinina es un factor de riesgo para determinar mortalidad, relacionado a las gestantes con preeclampsia severa.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

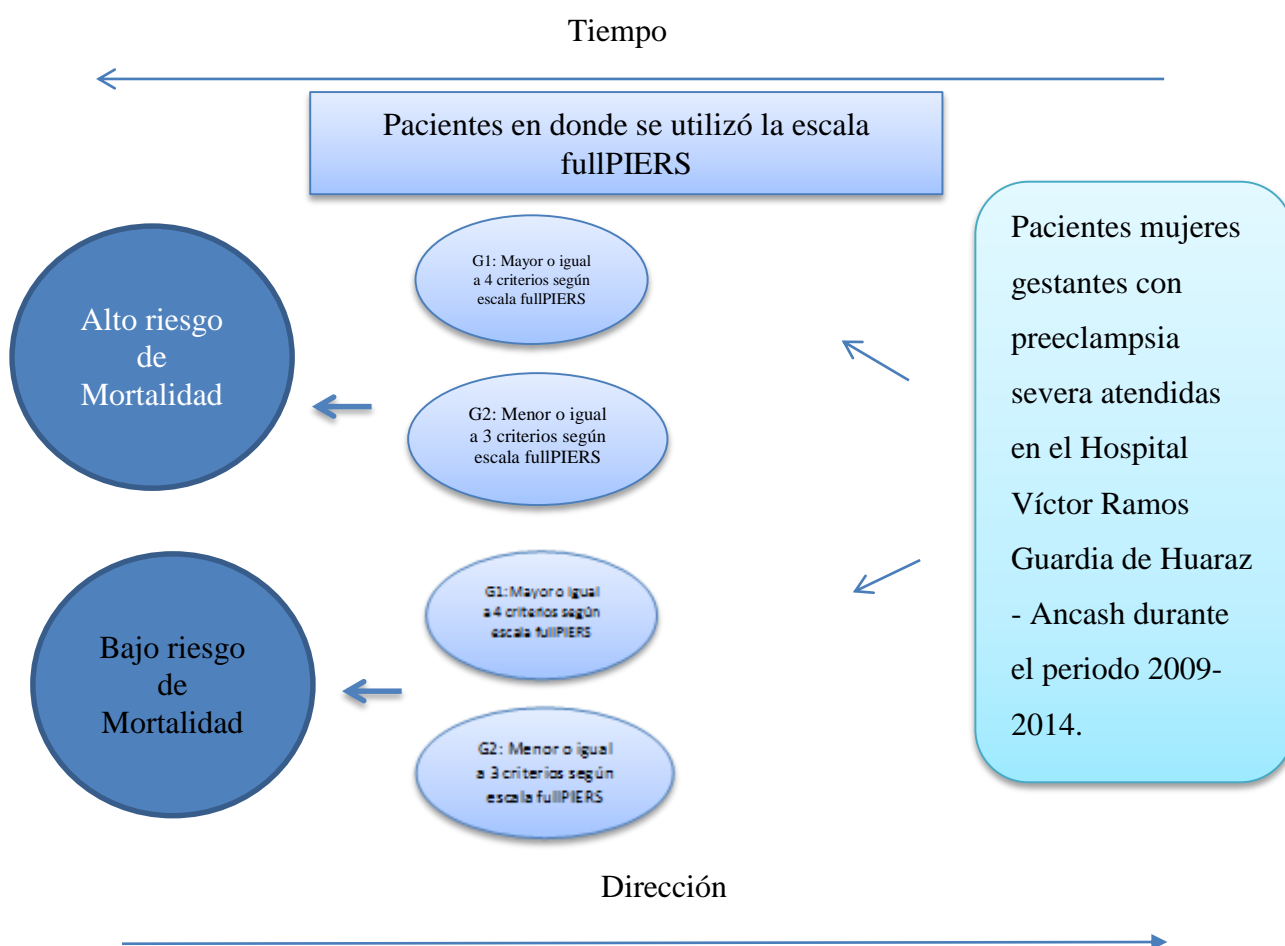
3.1. MATERIAL

Se revisaron las historias clínicas de pacientes gestantes con preeclampsia atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero – Diciembre 2014, de estas 37 cumplen con los criterios de selección, las cuales constituirán en su 100% la muestra

3.2. MÉTODOS

3.2.1. DISEÑO ESPECÍFICO

Se realizó un estudio de casos y controles



3.2.2. DISEÑO ESTADÍSTICOS DE MUESTREO

Población Diana o Universo

Pacientes gestantes con preeclampsia atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero – Diciembre 2014.

Población de Estudio

Todos los pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero – Diciembre del 2014, que cumplen los criterios de selección. La población de estudio quedará dividido en 2 grupos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Casos:

Criterios de inclusión

- Pacientes mujeres gestantes diagnosticadas con preeclampsia severa del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash, que han estado en evaluación con la escala FULLPIERS, con 4 a más criterios.
- Historias clínicas viables, completas y legibles de pacientes mujeres gestantes que hayan presentado preeclampsia que han estado en evaluación con la escala FULLPIERS.

Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes sin patología asociada, previa nefropatía, hepatopatía. Trastornos de coagulación.
- Atendidos con Historia Clínica incompleta o ilegible.

Control:

Criterios de inclusión

- Pacientes mujeres gestantes diagnosticadas con preeclampsia severa del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash, que han

estado en evaluación con la escala FULLPIERS, que cumplen menor o igual a 3 criterios

- Historias clínicas viables, completas y legibles de pacientes mujeres gestantes que Hayan presentado preeclampsia que han estado en tratamiento del modelo FULLPIERS.

Criterios de Exclusión

- Pacientes gestantes sin patología asociada, previa nefropatía, hepatopatía. Trastornos de coagulación.
- Mujeres gestante que no presentes diagnóstico de preeclampsia
- Atendidos con Historia Clínica incompleta o ilegible

Muestra

Unidad de análisis

Estará constituido por cada paciente gestantes atendido en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero – Diciembre del 2014.

Unidad de muestreo

Estará constituido por la historia clínica de cada paciente gestantes atendido en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero – Diciembre del 2014.

Tamaño muestra.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{\left[1.96 \sqrt{2 \times 0.56 (1 - 0.56)} + 0.84 \sqrt{0.4 (1 - 0.4) + 0.72 (1 - 0.72)} \right]^2}{(0.4 - 0.72)^2}$$

$$n = 37$$

Dónde:

P2 = Frecuencia de la exposición entre los controles ($p_2 = 0.72$)

$$P_2 = \frac{w p_1}{(1-P_1) + w P_1} = \frac{4 \times 0.4}{(1-0.4) + 4 \times 0.4} = \frac{1.6}{0.6 + 1.6} = 0.21$$

P = Frecuencia de la exposición entre los casos ($p_1 = 0.4$)

$z_{1-\alpha/2}$ = 1.96 (Coeficiente de confiabilidad)
Con una seguridad del 95% ($\alpha = 0,05$).

P = Prevalencia de la enfermedad ($p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0.56$)

$z_{1-\beta}$ = 0.84 (poder estadístico)
 $\beta = 0,2$, es decir, un poder del 80%.

OR = Odds ratio previsto ($OR = 4$)

3.2.3. Descripción de variables y escala de medición

VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA	ÍNDICE	INDICADOR
DEPENDIENTE					
Mortalidad materna por Preeclampsia severa	Pacientes que fallecieron a causa de la preclampsia severa	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos.
INDEPENDIENTE					
	Edad gestacional	Cualitativa	Ordinal	Mayor a 34 semanas = 0 puntos	Ficha de recolección de datos.

Escala FULLPIERS				Menor a 34 semanas = 01 punto	
	Dolor torácico o disnea	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos.
	Saturación del oxígeno	Cualitativa	Nominal	Mayor a 90% = 0 puntos Menor a 90%= 01 punto	Ficha de recolección de datos.
	Recuento de plaquetas	Cuantitativa	Nominal	El número normal de plaquetas en la sangre es: -Mayor a 100,000 (mcL). = 0 puntos -Menor a 100,000 (mcL). = 01 punto	Ficha de recolección de datos.
Escala FULLPIERS	Enzimas hepáticas	Cuantitativa	Nominal	Aspartato aminotransfer asa (AST) -Mayor 70 U/L: 01 punto -Menor 70 U/L:0 puntos	Ficha de recolección
	Valor de la creatinina	Cuantitativa	Nominal	En las mujeres adultas:	Ficha de recolección

				-Mayor o igual 1,2mg/dl: 01puntos -Menor 1.2 mg/dl: 0 puntos	
--	--	--	--	---	--

3.2.4. DEFINICIONES OPERACIONALES

La preeclampsia:

Es definida como hipertensión arterial asociada con proteinuria después de la semana 20 de gestación en una mujer previamente normotensa. Se clasifica como leve o severa conforme el nivel de hipertensión y proteinuria y el compromiso multisistémico.

Los criterios para determinar la preeclampsia leve son los siguientes:

Presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica > 90 mm Hg en una mujer previamente normotensa, después de la semana 20 de gestación.

Su verificación requiere por lo menos dos tomas con diferencia de seis horas entre cada una, con la paciente en reposo y en un lapso no mayor de siete días.

Proteinuria ≥ 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o ≥ 30 mg/dL en dos muestras de orina tomadas al azar, con diferencia de seis horas entre cada una, en un lapso no mayor de siete días.

Sin evidencia de compromiso multisistémico o de vasoespasma persistente.

Para considerar el diagnóstico de preeclampsia severa es necesaria la presencia de uno o más de los siguientes criterios:

Tensión arterial ≥ 160 o 110 mm Hg en, por lo menos, dos tomas con un mínimo de diferencia de seis horas entre cada una.

Oliguria: diuresis < 500 mL en 24 horas.

Creatinina sérica ≥ 1.2 mg/dL.

Trastornos cerebrales severos persistentes o alteraciones visuales.

Edema agudo pulmonar.

Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen.
Disfunción hepática (aspartato aminotransferasa ≥ 70 UI/L).
Trombocitopenia ($< 100\,000\text{ mm}^3$).
Coagulación intravascular diseminada.
Cianosis.
Restricción del crecimiento intrauterino debido a insuficiencia uteroplacentaria.

Modelo fullPIERS

Considerando la Estimación Integrada de Riesgo de Hipertensión Gestacional Grave (FULLPIERS) Las indicaciones son las siguientes:

Edad Gestacional mayor o igual a 34 semanas de gestacion.

Dolor Precordial o Disnea.

Saturación de Oxígeno menor a 90%.

Conteo Plaquetario $< 100,000/\text{mm}^3$.

Deterioro progresivo de la función renal: elevación de creatinina.

Deterioro progresivo de la función hepática: elevación de transaminasas.

Predice eventos maternos adversos de riesgo de complicaciones fatales en mujeres con Hipertensión Gestacional Grave con 48 hrs de estancia intrahospitalaria. El modelo FULLPIERS puede identificar mujeres con riesgo incrementado de eventos adversos hasta 7 días antes que la complicación se presente y puede ser modificado con la intervención directa o termino del embarazo.

Dolor torácico o disnea: Cualquier molestia o sensación anómala presente en la región del tórax situada por encima del diafragma.

Edad gestacional: Número de años cumplidos.

Enzimas hepáticas. Los análisis de la función hepática son un grupo de pruebas que se utilizan para evaluar lesiones, infecciones e inflamación del hígado.

Estado de gestación: parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.

Sexo: Dependiente de la constitución cromosómica. Características físicas que diferencias a una mujer de un hombre.

Recuento de plaquetas: Es un examen para medir la cantidad de plaquetas que usted tiene en la sangre. Las plaquetas son partes de la sangre que ayudan a la coagulación. Son más pequeñas que los glóbulos blancos y los rojos.

Saturación de oxígeno: Es la cantidad oxígeno que se combina, en el sentido químico, con la hemoglobina para formar la oxihemoglobina, que es el elemento que transporta el oxígeno en sangre hacia los tejidos. Los niveles de saturación óptimos garantizan que las células del cuerpo reciban la cantidad adecuada de oxígeno.

Valor de la creatinina: Es un examen que mide el nivel de creatinina en la sangre y se hace para ver qué tan bien funcionan los riñones

3.2.5. Procedimiento

3.2.5.1. Recolección de datos

1. Se elaborara una solicitud que se presentara en la oficina de secretaria técnica dirigida al director para tener acceso a del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz - Ancash durante el periodo Enero- Diciembre 2014.
2. Obtenido el permiso se procederá a la búsqueda de historias clínicas de pacientes mujeres gestantes con diagnóstico de preeclampsia utilizando el muestreo aleatorio simple.
3. Seleccionare las historias clínicas de la población que cumpla los criterios de inclusión.
4. Se procederá a la recolección de los datos pertinentes de las historias clínicas de la muestra.
5. Los datos recolectados serán vaciados a la ficha de recolección de datos, diseñada para tal fin.
6. Los datos de las fichas serán editados en un archivo de paquete estadístico SPSS y Epi-info, para el procesamiento estadístico.
7. Los resultados serán procesados en cuadros y gráficos estadísticos.
8. Luego se realizara la discusión de los resultados, comparando cada variable.
9. Finalmente presentaremos las conclusiones, que nos permitirá formular recomendaciones para un mejor manejo.

3.2.5.2. Procesamiento y Análisis de la Información

Análisis de datos

Se utilizara la estadística descriptiva; los datos del estudio serán analizadas utilizando la estadística descriptiva, medias de frecuencia y porcentajes. También se utilizara la estadística inferencial, en el análisis estadístico para las variables cualitativas independientes y dependientes categóricas, estadígrafo Chi cuadrado para P menor o igual a 0,05

Estadística Analítica

En los estudios de casos y controles tenemos casos expuestos (a), casos no expuestos (c), controles expuestos (b) y controles no expuestos (d). En este estudio la frecuencia de exposición a la causa entre los casos (a/c) se compara con la frecuencia de exposición en una muestra que represente a los individuos en los que el efecto no se ha producido y entre los que la frecuencia de exposición es (b/d).

Disposición de sujetos incluidos en el estudio de casos y controles.			
EXPUESTOS	CASOS	CONTROLES	
	A	B	a+b
NO EXPUESTOS	C	D	c+d
	a+c	b+d	

Disposición de pacientes según escala de Fullpiers.			
	Pacientes con alto riesgo de mortalidad	Pacientes con bajo riesgo de mortalidad	
>/= de 4 criterios	A	B	a+b
</= de 3 criterios	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	

La medida de asociación que permite cuantificar esta asociación se llama "odds ratio" (razón de productos cruzados, razón de disparidad, razón de predominio, proporción de desigualdades, razón de oposiciones, oposición de probabilidades contrarias, cociente de probabilidades relativas, oportunidad relativa) y su cálculo se estima:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

La interpretación del OR es la siguiente:

- Si el OR es igual a 1, la exposición no se asocia con la enfermedad.
- Si el OR es menor de 1 la exposición tiene un efecto protector (es decir, la exposición disminuye la probabilidad de desarrollar la enfermedad).

IV. RESULTADOS

Concluida la etapa de recogida de datos de las historias clínicas, se ha realizado el proceso de codificación y tabulación de la información, en la cual se hace necesario presentar los datos en forma sintetizada y lista para su análisis e interpretación correspondiente, mediante cuadros estadísticos de frecuencia simple y su representación gráfica, que nos permite visualizar los resultados de la variable de estudio.

A continuación se presentan los cuadros y gráficos estadísticos de los resultados de la investigación.

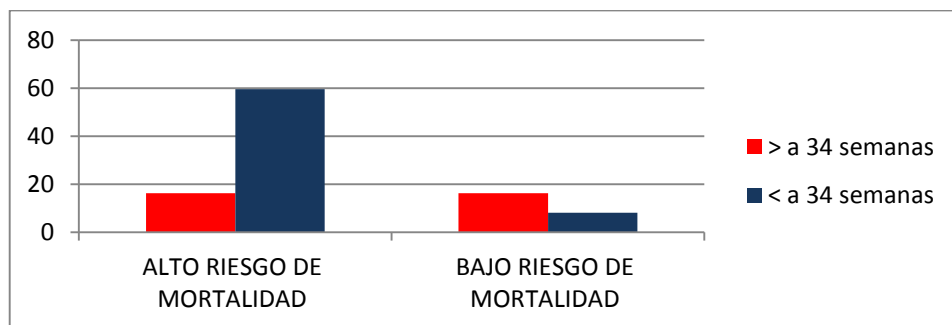
TABLA N° 01
RESULTADOS DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON
PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014

ESTADO GESTACIONAL	ALTO RIESGO DE MORTALIDAD		BAJO RIESGO DE MORTALIDAD		TOTAL
	Fi	PORCENTAJE	fi	PORCENTAJE	
> a 34 semanas	6	16,2%	6	16,2%	32%
< a 34 semanas	22	59,5%	3	8,1%	68%
PROMEDIO	28	75,7%	9	24,3%	100%

Chi-cuadrado 6.36 p= 0.0117 (<0.05)

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

GRAFICO N° 01



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 1, que corresponde a la edad gestacional de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%; presentaron alto riesgo de mortalidad un 16,2% de pacientes que presentó mayor a 34 semanas la edad gestacional y el 59,5% de pacientes que presentó menor a 34 semanas la edad gestacional; y presentaron bajo riesgo de mortalidad un 16,2% de pacientes que presentó mayor a 34 semanas la edad gestacional y el 8,1% de pacientes que presentó menor a 34 semanas la edad gestacional.

TABLA N° 02

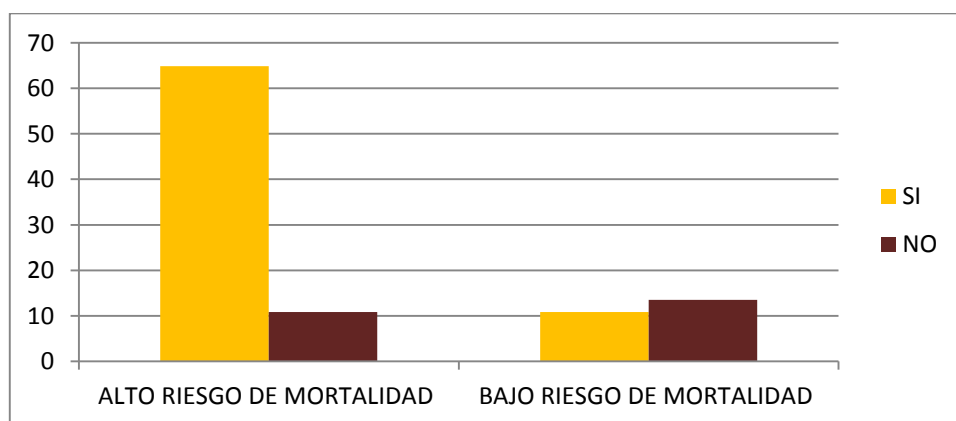
RESULTADOS DEL DOLOR TORACICO O DISNEA DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

DOLOR TORACICO O DISNEA	ALTO RIESGO DE MORTALIDAD		BAJO RIESGO DE MORTALIDAD		TOTAL
	fi	PORCENTAJE	fi	PORCENTAJE	
SI	24	64,9%	4	10,8%	76%
NO	4	10,8%	5	13,5%	24%
PROMEDIO	28	75,7%	9	24,3%	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Chi-cuadrado 6.30 p= 0.0121 (>0.05)

GRAFICO N° 02



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 2, que corresponde al dolor torácico de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%; presentaron alto riesgo de mortalidad un 64,9% de pacientes presentó dolor torácico y el 10,8% de pacientes no presentó dolor torácico; y presentaron bajo riesgo de mortalidad un 10,8% de pacientes presentó dolor torácico y el 13,5% % de pacientes no presentó dolor torácico.

TABLA N° 03

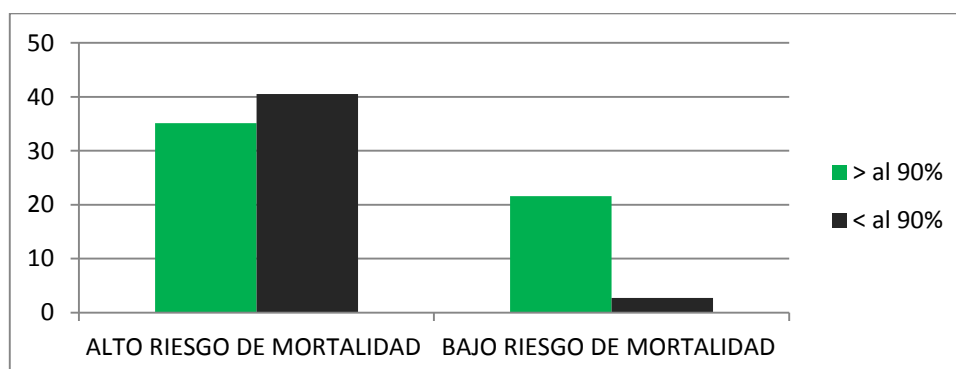
RESULTADOS DE LA SATURACION DE OXIGENO DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

SATURACION DE OXIGENO	ALTO RIESGO DE MORTALIDAD		BAJO RIESGO DE MORTALIDAD		TOTAL
	fi	PORCENTAJE	fi	PORCENTAJE	
> al 90%	13	35,1%	8	21,6%	57%
< al 90%	15	40,5%	1	2,7%	43%
PROMEDIO	28	75,7%	9	24,3%	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Chi-cuadrado 5.00 p= 0.0253 (>0.05)

GRAFICO N° 03



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 3, que corresponde a la saturación de oxígeno de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%; presentaron alto riesgo de mortalidad un 35,1% de pacientes presentó mayor del 90% de saturación de oxígeno y el 40,5% de pacientes presentó menor del 90% de saturación de oxígeno; y presentaron bajo riesgo de mortalidad un 21,6% de pacientes presentó mayor del 90% de saturación de oxígeno y el 2,7% de pacientes presentó menor del 90% de saturación de oxígeno.

TABLA N° 04

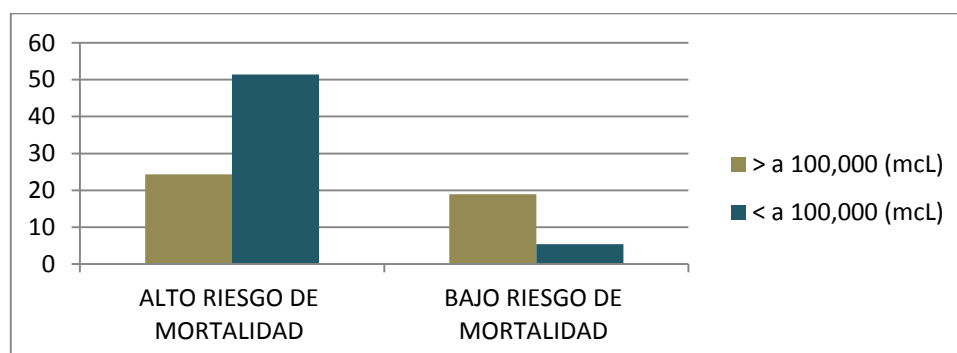
**RESULTADOS DEL RECuento DE PLAQUETAS DE LAS PACIENTES
CON PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014**

RECuento DE PLAQUETAS	ALTO RIESGO DE MORTALIDAD		BAJO RIESGO DE MORTALIDAD		TOTAL
	fi	PORCENTAJE	fi	PORCENTAJE	
> a 100,000 (mcL)	9	24,3%	7	18,9%	43%
< a 100,000 (mcL)	19	51,4%	2	5,4%	57%
PROMEDIO	28	75,7%	9	24,3%	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Chi-cuadrado 5.78 p= 0.0162 (>0.05)

GRAFICO N° 04



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 4, que corresponde al recuento de plaquetas de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%; presentaron alto riesgo de mortalidad un 24,3% de pacientes presentó mayor del 100 000(mcL) en el conteo de plaquetas y el 51,4% de pacientes presentó menor del 100 000(mcL) en el conteo de plaquetas.; y presentaron bajo riesgo de mortalidad un 18,9% de pacientes presentó mayor del 100 000(mcL) en el conteo de plaquetas y el 5,4% de pacientes presentó menor del 100 000(mcL) en el conteo de plaquetas.

TABLA N° 05

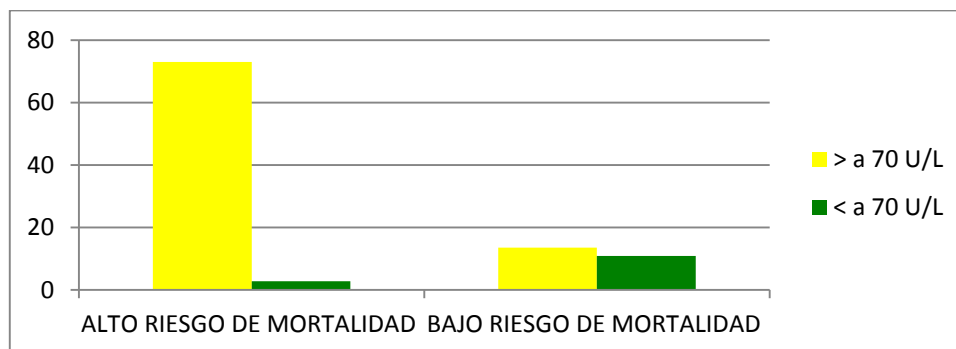
RESULTADOS DE LAS ENZIMAS HEPATICAS (TGO) DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

ENZIMAS HEPATICAS (TGO)	ALTO RIESGO DE MORTALIDAD		BAJO RIESGO DE MORTALIDAD		TOTAL
	fi	PORCENTAJE	fi	PORCENTAJE	
> a 70 U/L	27	73,0%	5	13,5%	86%
< a 70 U/L	1	2,7%	4	10,8%	14%
PROMEDIO	28	75,7%	9	24,3%	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Chi-cuadrado 9.74 p= 0.0018 (>0.05)

GRAFICO N° 05



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 5, que corresponde a las enzimas hepáticas (TGO) de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%; presentaron alto riesgo de mortalidad un 73,0% de pacientes presentó mayor a 70U/L las enzimas hepáticas (TGO) y el 2,7% de pacientes presentó menor a 70U/L las enzimas hepáticas (TGO); y presentaron bajo riesgo de mortalidad un 13,5% de pacientes presentó mayor a 70U/L las enzimas hepáticas (TGO) y el 10,8% de pacientes presentó menor a 70U/L las enzimas hepáticas.

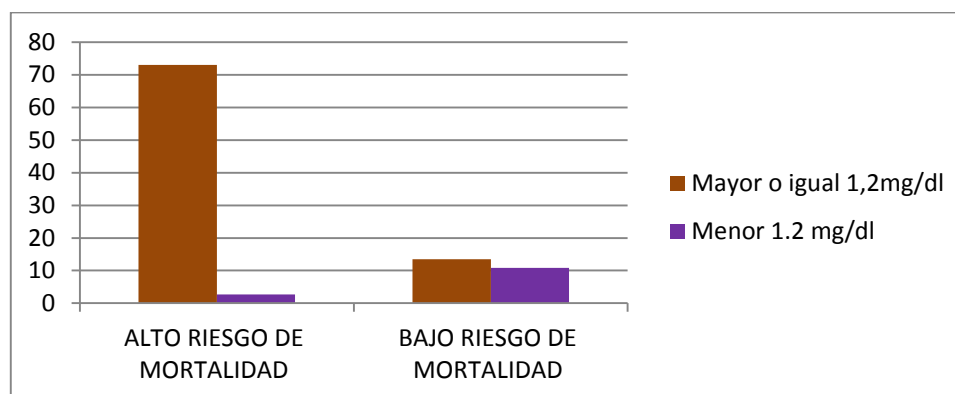
TABLA N° 06
RESULTADOS DEL VALOR DE LA CREATININA DE LAS PACIENTES
CON PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014

VALOR DE LA CREATININA	ALTO RIESGO DE MORTALIDAD		BAJO RIESGO DE MORTALIDAD		TOTAL
	fi	PORCENTAJE	fi	PORCENTAJE	
Mayor o igual 1,2mg/dl	27	73,0%	5	13,5%	86%
Menor 1.2 mg/dl	1	2,7%	4	10,8%	14%
PROMEDIO	28	75,7%	9	24,3%	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Chi-cuadrado **9.74** **p=** **0.0018 (>0.05)**

GRAFICO N° 06



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 6, que corresponde al valor de la creatinina de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%; presentaron alto riesgo de mortalidad un 73,0% de pacientes presentó mayor o igual a 1,2mg/dl de creatinina y el 2,7% de pacientes presentó mayor o igual a 1,2mg/dl de creatinina; y presentaron bajo riesgo de mortalidad un 13,3% de pacientes presentó mayor o igual a 1,2mg/dl de creatinina y el 10,8% de pacientes presentó mayor o igual a 1,2mg/dl de creatinina.

TABLA N° 07

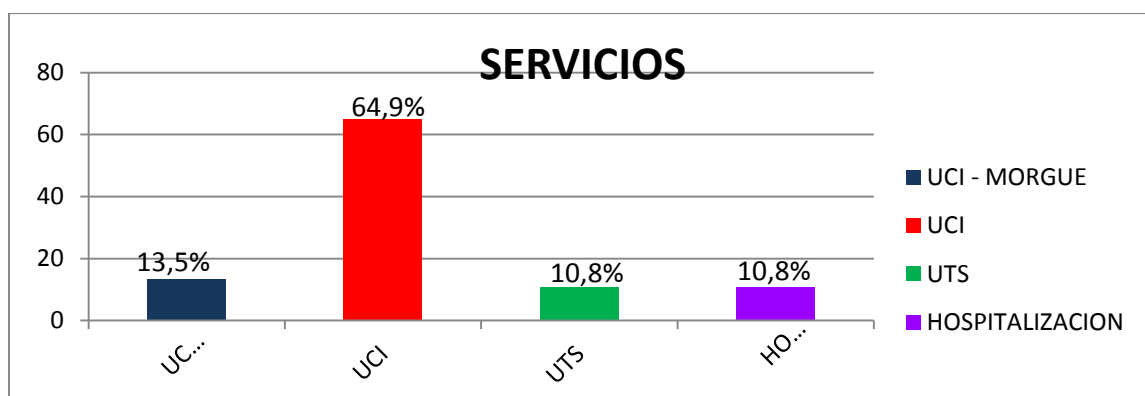
**RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE ESTANCIA DE LAS PACIENTES
CON PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014**

SERVICIOS	fi	PORCENTAJE
UCI – MORGUE	5	13,5%
UCI	24	64,9%
UTS	4	10,8%
HOSPITALIZACION	4	10,8%
PROMEDIO	37	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos
Guardia de Huaraz

GRAFICO N° 07

**RESULTADOS DE LOS SERVICIOS DE LAS PACIENTES CON
PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014**



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos
Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

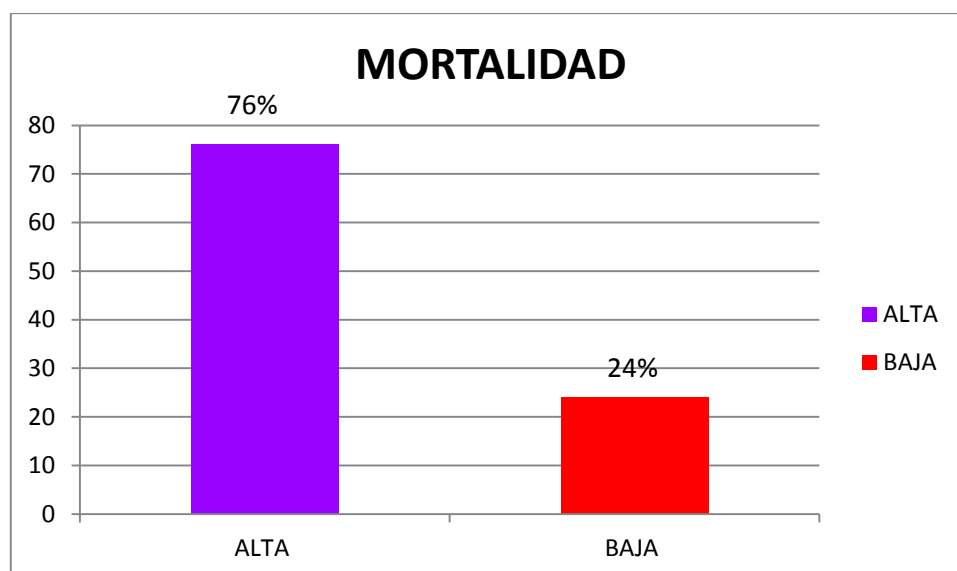
En la tabla N° 6, que corresponde al servicio de estancia de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%, que el 13,5% de pacientes falleció, el 64,9% de pacientes uso el servicio de UCI, el 10,8% de pacientes uso el servicio de UTS y el 10,8,9% de pacientes uso el servicio de hospitalización.

TABLA N° 08
RESULTADOS DE LA MORTALIDAD DE LAS PACIENTES CON
PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014

CITERIOS FULLPIERS	fi	PORCENTAJE
ALTA	28	76%
BAJA	9	24%
PROMEDIO	37	100%

FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos
Guardia de Huaraz

GRAFICO N° 08
RESULTADOS DE LA MORTALIDAD DE LAS PACIENTES CON
PREECLAMPSIA SEVERA QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA DE HUARAZ DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014



FUENTE: Archivos de historias clínicas del Hospital Víctor Ramos
Guardia de Huaraz

Análisis e interpretación

En la tabla N° 8, que corresponde a la mortalidad de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Podemos observar que de 37 pacientes que representa el 100%, que el 76% de pacientes presentó un alto riesgo de mortalidad y el 24% de pacientes presentó un bajo riesgo de mortalidad.

V. DISCUSIÓN

La preeclampsia constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal en el mundo, ya que es responsable de al menos 50 000 muertes maternas anuales. En Latinoamérica, constituye la principal causa de muerte materna. Según los datos de la OMS. “Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo; en particular, la preeclampsia ocasiona 50 000 muertes maternas al año. Una mujer muere cada siete minutos por preeclampsia”

El modelo fullPIERS fue desarrollado e internamente validado en un estudio prospectivo del multicentro, de mujeres que en una investigación de preeclampsia, y quien fue admitido a los centros obstétricos terciarios académicos participantes en Canadá, Nueva Zelanda, Australia, y el Reino Unido. Todos los centros tuvieron una política general de gerencia expectante remota de término para maximizar exposición temporal para la historia natural del desorden.

La mortalidad de las pacientes con preeclampsia severa que se atendieron en el Hospital Víctor Ramos Guardia. Se observa que el 76% de pacientes presentaron un alto riesgo de mortalidad puesto que presentaron igual o mayor de 4 dimensiones de la escala de la escala de fullPIERS y el 24% de pacientes presentó un bajo riesgo de mortalidad puesto que presentaron igual o menor de 3 dimensiones de la escala de la escala de fullPIERS. Se encontró relación con el trabajo de DADELSZEN P. “La predicción de resultados maternos adversos en la preeclampsia”: El desarrollo y la validación del modelo fullPIERS. De 261 en 2023 mujeres con preeclampsia tuvieron resultados adversos en cualquier momento después de admisión al hospital. Los pronosticadores de resultado maternal adverso incluyeron saturación de oxígeno, edad gestacional, dolor en el pecho o disnea, recuento de plaquetas, y creatinina y concentraciones de aspartato transaminasa, que son las dimensiones de la escala de fullPIERS.

En el Hospital Víctor Ramos Guardia. Se observó que la razón de mortalidad por preeclampsia severa en el presente trabajo durante el año 2014 fue un 13,5% (5 pacientes); el 64,9% de pacientes uso el servicio de UCI, el 10,8% de pacientes uso el servicio de Unidad de Trauma Shock y el 10,8% de pacientes uso el servicio de hospitalización de alto riesgo obstétrico, esto demuestra que existe alto índice de alta mortalidad.

VI. CONCLUSIONES

Según el presente trabajo de investigación se concluye que

1. Que la preeclampsia severa es un síndrome que propicia la mortalidad alta de los cuales el 76% de pacientes con preeclampsia severa presentaron un alto riesgo de mortalidad y el 24% de pacientes presentaron un bajo riesgo de mortalidad, según la escala del fullPIERS.
2. El 13,5% (5 pacientes) de pacientes que presento el síndrome de preclamsia severa fallecieron.
3. Que la preeclamsia severa es un síndrome que tiene una tasa muy alta mortalidad.
4. En razón a que la la escala fullPIERS ha demostrado ser una herramienta eficaz que nos permite predecir la severidad de la preeclampsia severa y por ende la mortalidad, identificando y favoreciendo el manejo oportuno de la preeclampsia severa.

VII. RECOMENDACIONES

Según el trabajo de investigación, se demostró la eficacia de la escala de fullPIERS es una herramienta que nos permite predecir la severidad de la preeclampsia severa y por ende la mortalidad, identificando y favoreciendo el manejo oportuno de este tipo de pacientes con el síndrome de preeclampsia severa, para evitar la mortalidad, se recomienda a los distintos establecimientos de salud y a los profesionales, que apliquen esta escala y así actuar de la forma idónea en la atención de estos casos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez R. Nava S. Morán V. Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares; 2010.
2. Secretaría de Salud. Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. México: Guía de práctica clínica; 2008.
3. Romero A. Lara G. Ramos L. Izquierdo P. Utilidad de la prueba sin estrés en la preeclampsia. Mexico: Ginecol Obstet; 2001.
4. OMS Organización mundial de la salud
5. Roberts J, Redman C. Preeclampsia: more than pregnancy induced hypertension. Lancet; 1993.
6. Steegers E. Duvekot J, Pijnenborg R. Preeclampsia. Lancet; 2010.
7. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. Lancet; 2005.
8. Roberts J, Gammill H. Preeclampsia recent insights. Hypertension; 2005.
9. Norwitz E, Dong C, Reptke J. Acute complications of preeclampsia. Clin Obstet Gynecol; 2002.
10. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. BMJ; 2006.
11. Von Dadelszen P., y otros Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model.
12. Dadelszen P. et, La predicción de resultados maternos adversos en la preeclampsia: El desarrollo y la validación del modelo fullPIERS.
13. Payne B La función de los fullPIERS modelo en predecir resultados maternos adversos en la preeclampsia usando datos pacientes del cohorte DE MUELLES (la Preeclampsia Integró Estimación de Riesgo), calado en la admisión.
14. Von D El Modelo de FullPIERS Predice Preeclampsia Acontecimientos Adversos. universidad de Britania.
15. Bernal, César y Muñoz, Carlos. Métodos de Investigación. Universidad de los Lagos. Chile: Pearson; 2006.
16. Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill; 1997.
17. Nerici, Imideo G. Metodología de la Enseñanza. Buenos Aires, Argentina; Editorial Kapelusz; 1985.

18. Pineda - Alvarado – Canales Metodología de la Investigación. Ed. Prosalute. 2da Edición; 1994.
19. Sánchez C. Hugo y Reyes C. Metodología y Diseños de la Investigación Científica. Perú: Tercera Edición; 1987.

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CRITERIOS D SEVERIDAD SEGÚN MODELO FULLPIERS EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ.

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE
1. Apellidos Y Nombres: _____
2. H.C. N°

II. PRECLAMPSIA SEVERA (Marcar con un aspa)
Si ()
No ()

III. FACTOR EDAD GESTACIONAL (Marcar con un aspa)
Mayor a 34 ()
Menor a 34 ()

IV. DOLOR Torácico (Marcar con un aspa)
Si ()
No ()

V. SATURACIÓN DE OXIGENO (Marcar con un aspa)
< 90 % ()
>> 90% ()

VI. RECuento DE PLAQUETAS MENOR A 100 000/mm3 (Marcar con un aspa)
SI ()
NO ()

VII. VALOR DE LA CREATININA MAYOR A 1.2mg/dl (Marcar con un aspa)
SI ()
NO ()
VII. VALOR DE LAS ENZIMAS HEPATICAS TGO (Marcar con un aspa)
TGO > 70U/L ()
TGO < 70 U/L ()

